



**Forum Sociológico**

Série II

21 | 2011

Transformação urbana

---

## “No trilho da negligência...” configurações exploratórias de violência contra pessoas idosas

Ana Paula Gil e Ana Alexandre Fernandes

---



### Edição electrónica

URL: <http://journals.openedition.org/sociologico/471>

DOI: 10.4000/sociologico.471

ISSN: 2182-7427

### Editora

CICS.NOVA - Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais da Universidade Nova de Lisboa

### Edição impressa

Data de publicação: 1 Dezembro 2011

Paginação: 111-120

ISSN: 0872-8380

### Refêrencia eletrónica

Ana Paula Gil e Ana Alexandre Fernandes, « “No trilho da negligência...” configurações exploratórias de violência contra pessoas idosas », *Forum Sociológico* [Online], 21 | 2011, posto online no dia 05 setembro 2012, consultado o 30 abril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/sociologico/471> ; DOI : 10.4000/sociologico.471

---

Este documento foi criado de forma automática no dia 30 Abril 2019.

© CICS.NOVA

---

# “No trilho da negligência...” configurações exploratórias de violência contra pessoas idosas

Ana Paula Gil e Ana Alexandre Fernandes

---

## Introdução

- 1 “Envelhecer com dignidade: proteger os idosos das situações de abuso” é o lema que serviu de mote à realização de uma Conferência Europeia promovida pela Comissão Europeia, em 2008, que reuniu especialistas e responsáveis políticos, com o objectivo de sensibilizar a opinião pública europeia e lançar o debate sobre as situações de abuso e violência a que estão sujeitas as pessoas idosas em situação de vulnerabilidade em toda a Europa.
- 2 A questão central que se coloca às sociedades europeias envelhecidas reside na interrogação sobre o aumento do tempo de vida e sobre a emergência crescente do número de situações de dependência face a terceiros. Embora as mulheres tenham maior longevidade, quando comparadas com os homens, reportam pior saúde subjectiva e mais doença crónica, estando mais sujeitas a perda de funcionalidade e capacidades por atingirem também idades mais avançadas (Fernandes et al., 2010, Perelman et al., 2010).
- 3 Em que condições ocorrem as situações de maus-tratos e negligência contra as pessoas idosas? Como prevenir os maus-tratos contra pessoas em situação de grande vulnerabilidade física e mental é certamente uma das preocupações que o envelhecimento suscita.
- 4 Sob o ponto de vista sociológico, a violência contra as pessoas idosas é um fenómeno socialmente construído e remete para um espaço social de intervenção onde os diferentes actores que interagem utilizam formas de interpretação, categorias de entendimento e estratégias de acção que podem constituir espaços de conflito e de contradição nas práticas levadas a cabo pelos actores em jogo.

- 5 A análise destes fenómenos leva-nos a recorrer ao conceito de “campo”. Pierre Bourdieu define o conceito de “campo social” como  
um campo de forças – cuja necessidade se impõe aos agentes que nele se encontram cometidos, e como um campo de lutas no interior do qual os agentes se enfrentam, com meios diferenciados segundo a sua posição na estrutura do campo de forças, contribuindo assim para conservar ou para transformar a sua estrutura. (Bourdieu, 1997: 32)
- 6 Este conceito permite reconstituir os cenários de conflito e acção e identificar os diferentes agentes em confronto, como sejam os profissionais sociais e de saúde e as pessoas idosas, bem como as suas famílias. Neste contexto integramos também no campo as instituições responsáveis pela intervenção pública.
- 7 Nesta pesquisa temos como objectivo reconstituir os processos de construção social protagonizados pelos agentes que interagem no campo da protecção social, e que, pela apropriação e reprodução do conceito de “violência contra as pessoas idosas”, contribuem para uma objectivação e legitimação do conceito enquanto realidade identificada e homogénea. O ponto de partida é conceptual e remete para as definições linguísticas que nos permitem aceder à realidade que nos propomos observar e analisar, a “violência contra as pessoas idosas”.
- 8 Há uma grande diversidade de categorias linguísticas com significados relativamente idênticos mas de contornos pouco precisos. A que nos referimos quando falamos de violência, maus-tratos, agressões, abuso e negligência face aos mais velhos? Violência, maus-tratos, abuso, negligência são noções frequentemente utilizadas na linguagem comum, à semelhança do que acontece com a língua inglesa – “*elder abuse and neglect*” –, ou com a língua francesa – “*maltraitance*”, “*violence*”. Constituem representações parciais e parcelares que remetem para os mesmos fenómenos da realidade concreta. A diversidade linguística não nos permite identificar e distinguir a diversidade substantiva de relações sociais transfiguradas pelas regras do jogo social.
- 9 A definição conceptual é essencial para a identificação das configurações da realidade social que só poderemos conhecer através de categorias de entendimento previamente reconhecidas. Incorre-se em “risco de sobrestimação do fenómeno, se o conceito tem falta de objectividade, e risco de subestimação se a definição é demasiado estreita” (Hugonot, 1990:24). Estes enviesamentos ampliam-se quando se fazem comparações internacionais.
- 10 A análise etimológica dos conceitos em língua portuguesa de “maus-tratos”, “maltratar”, “negligenciar”, “abusar” e “violentar” remete para definições com ligeiras diferenças semânticas, que concorrem em usos de utilização diferentes. Em geral podem ser definidos como “actos que provocam um dano físico ou mental, ou de negligência, a uma terceira pessoa”<sup>2</sup>.
- 11 Consideramos como ponto prévio que a opção pela designação “maus-tratos” limita o campo de aplicação ao meio familiar e/ou institucional e refere-se a pessoas em situação de vulnerabilidade física e/ou mental que necessitam de cuidados de terceiros (familiares ou não familiares), pressupondo um conjunto de acções e comportamentos que resulte de uma omissão ou violação do dever de cuidar, ou de prestar assistência e auxílio, e que coloque em risco a integridade física e psíquica da pessoa que necessita de apoio.
- 12 A limitação ao campo familiar pressupõe uma biografia familiar de violência (transmissão intergeracional) ou dificuldades no exercício do papel de cuidador familiar (ausência de

competências psicológicas, sociais, físicas), falta de apoios e isolamento social, dimensões enquadradas na problemática da violência doméstica<sup>3</sup>.

- 13 Este exercício conceptual das categorias linguísticas interfere na definição de categorias estatísticas que, por sua vez, determinam não só a medição e avaliação dos fenómenos como os contornos das representações sociais e o conhecimento que construímos da realidade.

## 1. Identificação de um problema

- 14 Na sociedade portuguesa, o conceito de negligência não tem sido considerado como categoria estatística<sup>4</sup>, dado que surge sem previsão penal. Segundo o inquérito NMUME (2007)<sup>5</sup>, num total de 144 crimes, a violência doméstica (40,3%) é a categoria que mais se destaca no que concerne as pessoas idosas, vítimas de crime, seguida da categoria “maus-tratos” (31,3%).
- 15 Segundo a Direcção-Geral de Administração Interna (2008), a violência conjugal representa mais de 4/5 (valores superiores a 80%) do total de ocorrências participadas e a violência doméstica denunciada exercida contra ascendentes<sup>6</sup> representa cerca de 7% do total das ocorrências (p. 10). Em 2009, esse valor cresce para 8,2%<sup>7</sup>.
- 16 As ocorrências de violência doméstica registadas pelas forças de segurança foram maioritariamente tipificadas pela grande categoria dos “crimes contra a integridade física” (93% e 83%, respectivamente na GNR e PSP), dentro da qual se encontram, e por ordem decrescente, as ofensas à integridade física voluntária simples, os maus-tratos e, com uma expressão bastante mais reduzida, as ofensas à integridade física voluntária graves.
- 17 As estatísticas da APAV (2000-2009) permitem concluir que a violência física e psicológica constituem os actos de violência mais comuns e a vitimação ocorre na esfera familiar, sendo sobretudo os cônjuges/companheiros, seguido dos filhos, maioritariamente do género masculino, os principais perpetradores destes actos às pessoas idosas (cujo tipo mais frequente é o das mulheres, com idade <75 anos, reformadas, a residir em meio urbano). As estatísticas permitem-nos uma abordagem multidimensional do problema (física, psicológica, sexual e patrimonial) (APAV, 2000-2009), mas quando comparamos as estatísticas nacionais entre si (APAV, MAI), a negligência é uma dimensão ausente numa bateria de indicadores pouco homogénea entre os organismos, facto que condiciona o conhecimento do problema.
- 18 A noção de negligência é integrada no conceito de maus-tratos, preconizado pela declaração de Toronto de 2002 (OMS). Neste documento o conceito é definido como “qualquer acto isolado ou repetido, ou a ausência de acção apropriada, que ocorre em qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança, e que cause dano ou incómodo a uma pessoa idosa. Estes actos podem ser de vários tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financeiro ou, simplesmente, reflectir actos de negligência intencional, ou por omissão”<sup>8</sup>.
- 19 Conceptualmente, a negligência apresenta-se como negligência activa quando envolve um acto deliberado que provoca um dano físico e psicológico (supõe intencionalidade) e negligência passiva quando se refere à não satisfação das necessidades quotidianas e falta de cuidados (supõe atitude psicológica negativa). Para a negligência passiva podem contribuir vários factores, como sejam (i) exaustão física e psicológica; (ii) afastamento

social do cuidador; (iii) falta de apoio na prestação dos cuidados; (iv) desconhecimento (para identificar sintomas e necessidades) ou ainda falta de competências sociais e psicológicas para o desempenho da função de cuidador (Gil, 2010). No seu extremo, a negligência, ao nível da prestação dos cuidados, pode constituir um problema de saúde pública. Há vários estudos que referem a negligência passiva e activa como uma das formas de violência identificada e referida com maior frequência (Lachs et al., 1997; O'Keefe et al., 2007; Garre-Olmo et al., 2009).

- 20 Ainda que haja o risco de dimensionar a pessoa maltratada/negligenciada como uma categoria social assente na percepção das vítimas, isto é, como alguém com idade avançada e com "necessidade de protecção" (Harbison, 1999: 65), os inquéritos internacionais mais recentes são consensuais relativamente ao perfil da vítima, como sendo alguém em idade avançada e em situação de alguma dependência face a terceiros.
- 21 Actualmente, os dados sobre a prevalência da violência<sup>9</sup> têm permitido, em alguns países, conhecer a amplitude do fenómeno. Os seus valores têm variado entre 2,6% e 5,6% (Quadro 1). Esta oscilação das estimativas depende quer da sua conceptualização (da sua definição, dos tipos, forma de questionar), do perfil de agressor (tipo de relação), ou da própria vítima (>60 anos, >65 anos ou 65-84 anos), quer das metodologias adoptadas.
- 22 Um dos estudos mais recentes sobre prevalência da violência contra as pessoas idosas foi desenvolvido na Grã-Bretanha (2007) a partir de um inquérito representativo realizado na Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte. Este inquérito envolveu 2100 pessoas com mais de 65 anos, estimando-se uma prevalência de 2,6% (correspondendo a 227 000 pessoas) a habitarem a sua própria casa e que referiram ter vivenciado alguma forma de maus-tratos por parte de um membro da família, um amigo ou de um cuidador formal ao longo dos 12 meses que antecederam o inquérito. Neste estudo a negligência afecta 11 pessoas em cada 1000 habitantes, o abuso financeiro 7 pessoas/1000, a psicológica 4/1000, a física 4/1000 e a sexual 2/1000.
- 23 Esta investigação revelou ainda que 51% dos maus-tratos, durante o ano anterior, envolveram um cônjuge/companheiro, outro familiar (49%), um profissional (13%) ou um amigo (5%). O abuso interpessoal (físico, psicológico e o sexual associado) é perpetrado maioritariamente por homens (H-80%; M-20%) (O'Keefe et al., 2007: 4).
- 24 Muito embora o estudo tenha revelado uma taxa de prevalência de 2,6%, valor que é próximo do encontrado noutros estudos internacionais, verificamos um aumento para 4% quando incluímos entre os agressores os "vizinhos" e "outros".
- 25 A pertinência deste estudo reside no rigor da metodologia adoptada e nos resultados alcançados ao nível dos objectivos ao permitir identificar e avaliar os dois principais problemas: a negligência e o abuso financeiro.

**Quadro 1 Prevalência da violência estimada a partir de inquéritos, em alguns países**

País, Ano	Boston, USA 1986	Canadá, 1990	Amesterdão, Holanda, 1994	Grã-Bretanha, 1992	Grã-Bretanha, 2007
População-alvo	Último ano/ /Desde 65 anos	Último ano/ /Desde 65 anos	Último ano/ /Desde 65 anos	Recentemente	Último ano/ /Desde 65 anos

Negligência	0,4 (UA)	0,4 (UA)	0,2 (UA)	NA	1,1%
Financeiro	NA	2,5 (desde 65 anos)	1,4 (UA) 4,8 (desde 65 anos)	1,5	0,7%
Psicológico/ verbal	1,1 (UA)	1,1	3,2 (UA)	5,4	0,4%
Físico	2,0 (desde 65 anos)	0,5 (desde 65 anos)	1,2 (UA) 3,9 (desde 65 anos)	1,5	0,4%
Sexual	NA	NA	NA	NA	0,2%
Múltipla	NA	0,8 (desde 65 anos)	0,4 (UA)	NA	-
Outro	2,6 (UA) 3,2 (desde 65 anos)	4,0 (desde 65 anos)	5,6 (UA)	NA	
Tamanho da amostra	2020	2008	1797	593	2100

Fonte: ADAPTAÇÃO DO QUADRO DE O'KEEFE ET. AL. (2007), *UK STUDY OF ABUSE AND NEGLECT OF OLDER PEOPLE – PREVALENCE SURVEY REPORT*, NATIONAL CENTRE FOR SOCIAL RESEARCH AND KING'S COLLEGE LONDON, P. 11, DISPONÍVEL EM [WWW.NATCEN.AC.UK](http://WWW.NATCEN.AC.UK) (EXCEPÇÃO PARA A ÚLTIMA COLUNA) UA – ÚLTIMO ANO NA – NÃO APLICÁVEL

- 26 A preocupação pela qualidade dos cuidados prestados às pessoas idosas em situação de fragilidade física e/ou mental é uma das questões que preocupa a maioria dos cidadãos europeus. O estudo “saúde e cuidados a longo prazo”, com base no Eurobarómetro (2008), revelou que perto de metade dos europeus considera os maus-tratos e a negligência às pessoas idosas como um problema comum nos seus países (47%), valor ligeiramente menor em Portugal (43%).
- 27 Um quarto dos europeus considera serem os filhos das pessoas idosas os principais autores dos maus-tratos (23%). Este valor sofre um aumento ligeiro em Portugal, pois os cidadãos portugueses consideram os filhos como os potenciais agressores (25%), ou as pessoas que trabalham nos lares (25%), pessoas conhecidas (17%), pessoal ligado aos serviços de apoio domiciliário (15%), *staff* oriundo do hospital (8%), cônjuges (8%) e irmãos (5%) (CE, 2008: 5-6).
- 28 A avaliação negativa sobre os serviços para população idosa agudiza-se no caso de Portugal: 63% dos portugueses consideram que os cuidados prestados nestas instituições são insuficientes, percentagem acima da média europeia (45%). A desconfiança face às instituições de velhice pode ser explicada não só por se considerar que ainda compete à família a prestação de cuidados, como pelos exorbitantes custos económicos que surgem, quase sempre, associados aos cuidados. Para além disso, existe uma clara desconfiança relativa ao fraco desempenho destas instituições, com manifestas deficiências de ordem

organizacional, relativamente aos serviços prestados, agudizando-se nos lares de idosos (Gil, 2010).

- 29 A avaliação da negligência a partir dos cuidados prestados leva-nos, por um lado, para as representações dos profissionais, que agem tendo em conta os seus quadros de referência e as condições em que decorre a acção e, por outro lado, para as práticas e as ambivalências geradas em torno de actuações e "comportamentos, por vezes reprováveis", mas legítimos sob o ponto de vista profissional.

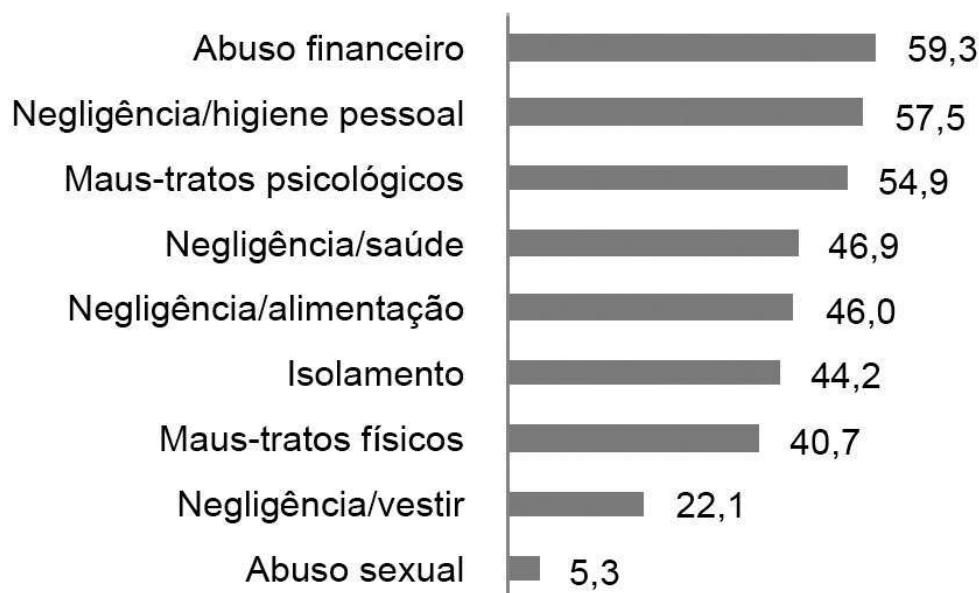
## 2. O método

- 30 Com o objectivo de identificar e analisar as situações de maus-tratos contra as pessoas idosas fomos procurar reconstituir as representações que os interventores sociais, profissionais de saúde, acção social e outros, têm do fenómeno, assim como os factores de risco que propiciam o seu surgimento e as estratégias de intervenção<sup>10</sup> que consideram adequadas face ao conhecimento que têm do problema.
- 31 Para a recolha de dados foram utilizadas duas técnicas complementares aplicadas em duas etapas:
1. Numa 1.ª fase recolhemos informação sobre a regularidade da ocorrência dos maus-tratos bem como a descrição qualitativa das situações. Para obter esta informação aplicámos um questionário de autopreenchimento a uma população composta por 113 profissionais de diferentes áreas. Foi-lhes pedido que identificassem a regularidade da ocorrência dos actos cometidos em meio familiar bem como a descrição qualitativa das situações<sup>11</sup>. Dos participantes no inquérito, 81% eram pessoas do sexo feminino, com média de idade de 34 anos, recrutados nas áreas profissionais da Acção Social (serviço social, psicologia), profissionais de saúde (enfermeiros e técnicos de reabilitação) e forças policiais (GNR e PSP).
  2. Numa 2.ª fase utilizámos a técnica de *focus group* para procurar identificar os factores de risco da vitimação e as estratégias para intervenção. Para o efeito foram formados 3 grupos heterogéneos, constituídos por profissionais recrutados entre os inquiridos, com o objectivo de retirar o máximo de consensos a partir do método de discussão grupal.

## 3. Análise dos resultados

- 32 A análise dos resultados indica-nos que as representações de maus-tratos às pessoas idosas são essencialmente de natureza financeira (59,3%), negligência ao nível dos cuidados prestados – higiene pessoal (57,5%), saúde/medicamentos (46,9%), da alimentação (46,0%). Os maus-tratos psicológicos (54,9%), físicos (40,7%) e o abandono e o isolamento (44,2%) constituem formas percebidas e retratadas pelos interventores sociais nos quotidianos das práticas profissionais (Gráfico 1).

**Gráfico 1 Tipos de maus-tratos referidos pelos profissionais a partir do conhecimento que têm destas situações (N=113)**



Fonte: INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO REALIZADO A PROFISSIONAIS DE DIFERENTES ÁREAS

- 33 Os casos de abuso financeiro colocam todos os dias em risco os direitos sociais das pessoas mais idosas, por vezes com o consentimento e a inércia das instituições, dos profissionais e das próprias famílias. Os resultados deste estudo permitiram ilustrar os contornos do problema, na esfera familiar, ao conseguir captar as representações dos profissionais sobre os maus-tratos e que remetem, no essencial, para casos de pessoas idosas em situação de dependência de terceiros.
- 34 Quando analisamos a frequência de cada um dos casos de maus-tratos referidos pelos profissionais, conclui-se que (Quadro 2):
- 57,5% dos entrevistados consideram que a negligência ao nível da higiene pessoal ocorre de forma permanente e contínua;
  - 46% dos inquiridos considera que a negligência ao nível da saúde e da alimentação ocorrem de modo frequente e permanente;
  - 44,2% dos casos identificados pelos técnicos como sendo de isolamento ocorrem de forma permanente e crónica (64%), estas últimas já há vários anos.

**Quadro 2 Frequência de ocorrências da negligência referidas pelos profissionais**

	Pontual	Frequente	Recorrente/ /Permanente	Crónico	
Higiene pessoal	13,8%	32,3%	43,1%	10,8%	100%
Alimentação	17,3%	34,6%	34,6%	13,5%	100%
Vestir	24,0%	44,0%	24,0%	8,0%	100%



Saúde	15,1%	35,8%	37,7%	11,3%	100%
Isolamento	14,0%	22,0%	44,0%	20,0%	100%

Fonte: INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO REALIZADO A PROFISSIONAIS DE DIFERENTES ÁREAS

- 35 Conforme observado anteriormente, 59,3% identificaram nas suas práticas profissionais casos de abuso financeiro e conclui-se que destas situações identificadas pelos técnicos ocorrem em 60% de forma permanente e crónica no dia-a-dia (Quadro 3).

**Quadro 3** Frequência de ocorrência de outras formas de maus-tratos

	Pontual	Frequente	Recorrente/ /Permanente	Crónico	
Física	30,4%	34,8%	21,7%	13,0%	100%
Psicológica	9,7%	35,5%	37,1%	17,7%	100%
Financeira	23,9%	16,4%	38,8%	20,9%	100%
Sexual	50,0%	50,0%			100%

Fonte: INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO REALIZADO A PROFISSIONAIS DE DIFERENTES ÁREAS

- 36 Mas mais do que o peso do número de casos referidos, a análise do discurso que resultou da discussão grupal reforça a ideia, já um pouco difundida, de que a violência contra as pessoas idosas assume contornos preocupantes na sociedade portuguesa.
- 37 No quadro de síntese apresentado em anexo (Anexo, Quadro 1), procuramos categorizar os tipos de negligência e maus-tratos identificados pelos profissionais entrevistados e que remetem para exemplos de casos referidos.
- 38 A negligência, ao nível das actividades da vida diária, nomeadamente na alimentação, é referida como desnutrição associada à ausência de apoio nas refeições (Anexo, Quadro 1). Em certos casos as pessoas com maiores dificuldades acabam por ficar longos períodos de tempo sem se alimentar. Estes casos são mais frequentes na ausência de uma rede de suporte familiar, em horário laboral. Foram também referidos casos relativos a pessoas com limitações na locomoção e, por essa razão, com dificuldade em prover a sua alimentação. A desadequação das dietas (variedade, quantidade), a alimentação pouco diversificada, desadequada e insuficiente ou a inexistência de horários para as refeições geram casos de desnutrição e desidratação, a necessitar de cuidados hospitalares.
- 39 É referido também que a negligência, ao nível dos cuidados pessoais (higiene pessoal, vestir), faz-se sentir na recusa e/ou inadequação da assistência dos apoios prestados, no caso de pessoas dependentes de terceiros, com repercussões nas patologias associadas (escaras) e promotoras da dependência (p. ex., o uso excessivo da fralda), a constituírem um atentado à dignidade da pessoa (Anexo, Quadro 1).
- 40 É também identificada falta de assistência médica e medicamentosa que coloca em risco a saúde física, agravando a situação clínica das pessoas idosas, ignorando necessidades

terapêuticas, desprezando sintomas ou, simplesmente, o abandono terapêutico por razões de ordem económica. Para além disso, a administração da medicação, sem prescrição médica, ou a gestão imprópria da mesma constituem diferentes formas de negligência ao nível da saúde.

- 41 Apesar da tipificação de certas práticas, que foram identificadas pelos profissionais como formas de maus-tratos e negligência, em contexto familiar, é de salientar que algumas destas práticas não são consideradas, pelos mesmos, como actos violentos ou abusivos, fazendo até mesmo parte dos normativos e procedimentos profissionais. Este ponto de vista por parte dos profissionais contribui para a legitimação de interesses e posições profissionais nas organizações com repercussões na identificação das situações, também na esfera familiar.
- 42 Partiremos de alguns exemplos ilustrativos identificados durante a discussão grupal, como é o caso da contenção física e a sobredosagem de medicamentos.
- 43 A contenção física é definida como "qualquer acção que restringe a liberdade física e/ou psicológica da pessoa idosa" (Hantikainen e Käppeli, 2000: 1199), através de restrições mecânicas (coletes, lençóis, faixas que amarram a pessoa à cadeira ou à cama, atar os pulsos ou os tornozelos, mesas que se colocam à frente de cadeiras de rodas travadas, grades na cama, ou limitar a pessoa ao quarto) ou químicas (uso abusivo de sedativos). É usada pelos profissionais com o argumento de promover a segurança, a protecção ou o controlo comportamental do doente, em situações hospitalares agudas, pós-operatórios, estados confusionais, prevenindo possíveis quedas. Esta técnica pode ser perspectivada ainda como um procedimento de rotina no meio hospitalar ou institucional, justificado eticamente e legitimado profissionalmente pelo "interesse do doente".
- 44 Do ponto de vista profissional, o uso da contenção física não é considerado, na maior parte das vezes, um comportamento violento, explicado pela protecção e prevenção contra qualquer forma de lesão. Contudo, se a contenção física não for utilizada de acordo com os procedimentos de uma "boa prática", temporária e moderadamente, pode ser abusiva e violenta, podendo ir contra a autonomia da pessoa, quando esta se torna uma prática banalizada em meio institucional e/ou familiar, em que as pessoas ficam contidas horas sucessivas ou dias inteiros.
- 45 Até que ponto esta ambivalência é colocada pelos cuidadores e profissionais de saúde? A alternativa coloca-se entre amarrar a pessoa ou sujeitá-la a um risco de queda ou a autoferimento. É consensual entre os profissionais de enfermagem que é preferível aceitar o sofrimento psicológico causado pela contenção física do que aceitar um ferimento físico causado por uma queda. Interrogações legítimas que têm subjacentes constrangimentos organizacionais bem como sistemas punitivos face ao desempenho profissional.
- 46 Outra questão problemática diz respeito à sobredosagem de medicação em doentes com demência em estádios de grande agitação, a fim de evitar fugas, comportamentos agressivos. Estes casos evidenciam a complexidade inerente à intervenção nestes territórios movediços onde se intersectam normas, procedimentos e interesses profissionais. Ambos os exemplos são considerados como formas de violência física e química (Glendenning, 1999) e, como demonstram alguns estudos, o uso destes dois procedimentos pode aumentar o risco de quedas graves, agravar estádios confusionais e ter efeitos físicos e psicológicos graves nos próprios doentes (Hantikainen e Käppeli, 2000).

- 47 Estes dois exemplos revelam ambiguidades em actos considerados tecnicamente aceitáveis em meio hospitalar e/ou institucional, ou comportamentos moralmente reprováveis por serem abusivos e violentos dependendo do ponto de vista de quem avalia. As fronteiras entre a “má prestação de cuidados” que podem ser insuficientes, deficientes, e os designados cuidados negligentes, como uma forma de maus-tratos, como analisámos, tornam-se difusas e corre-se o risco de a promoção de equipamentos e serviços para a população idosa se tornarem, nestas circunstâncias, verdadeiras “fábricas” de produção de dependência e aniquilamento da identidade da pessoa.
- 48 Para esta dualidade concorrem vários factores intervenientes que poderão justificar a fragilidade das fronteiras do que é considerado um cuidado inadequado: as dificuldades organizacionais; a ausência de procedimentos tipificados/protocolados dos cuidados a prestar; a ausência de uma política de avaliação da qualidade; a falta de uma política de formação aos cuidadores formais; o desconhecimento e a indiferença.
- 49 O isolamento e o abandono de pessoas idosas são outro dos exemplos referidos de atentados à integridade física e psíquica, à liberdade e à autodeterminação: pessoas confinadas a certas dependências da habitação ou a viverem no mesmo domicílio sem partilhar o espaço comum com os restantes familiares. Há casos de pessoas sequestradas em “sua casa”, trancadas e privadas de qualquer contacto social motivado pela indiferença ou pela “diferença” ou ainda pelas barreiras arquitectónicas.
- 50 O abuso financeiro, ao constituir um atentado à autonomia individual e à cidadania, contempla actos que podem ir desde a usurpação da pensão de reforma ou parte desta, de bens económicos/móveis/património imobiliário pelos familiares, até obrigar a pessoa a assinar documentos/procurações, a atribuir direitos a essa ou a terceira pessoa, passando por furtos e roubos (retirar dinheiro ou ficar com objectos sem o seu consentimento), ou obrigar a fazer donativos ou a fazer testamento.
- 51 Como factores de risco associados ao perfil das vítimas e dos agressores, identificados pelos técnicos, destacam-se as razões de ordem socioeconómica, a solidão e o isolamento e o ciclo geracional de violência, os problemas de saúde mental e dependências, factores culturais e o designado stress do cuidador, pela falta de formação e de apoio às famílias.
- 52 Estes factores vão ao encontro dos oito factores de risco identificados por Lachs et al. (1997): o estado precário de saúde e deterioração funcional e cognitiva; o abuso de substâncias ou doença mental do cuidador; o agressor depender da vítima; a coabitação; os factores de *stress* (eventos, problemas económicos, *stress* do cuidador); o isolamento social e a história de violência.
- 53 A ausência de recursos e de respostas para as vítimas, o medo dos potenciais agressores e consequentes represálias, fazem com que o problema seja, por vezes, desculpabilizado por profissionais, de saúde e da área social, com o argumento de que não existem “provas”. Aqui imperam duas formas de abordagem profissional: a que designaremos como a “aleatoriedade da intervenção” e aquela a que chamamos a técnica de “fechar os olhos”.
- 54 A primeira é feita com base no empirismo e no bom senso técnico, quase sempre com poucas respostas e sem uma linha de diagnóstico e de intervenção estruturada. A segunda é o reconhecimento da ausência de respostas e a periclitante capacidade de intervenção face à complexidade do problema, contribuindo indirectamente para a invisibilidade do mesmo.

- 55 A intervenção pública restringe-se assim à detecção do problema, à apresentação da denúncia<sup>12</sup> e ao encaminhamento para outras estruturas competentes tornando-se uma intervenção social fragmentada e pouco articulada entre os actores envolvidos.
- 56 Nesta encruzilhada da intervenção face ao problema da violência emergem também dilemas no campo profissional. O primeiro diz respeito à apresentação da denúncia, colocando um problema ético que é sujeitar uma pessoa em idade avançada, por vezes em situação de grande fragilidade física e/ou mental, a uma exposição pública e a dois confrontos: a punição da família, o confronto com um processo de ambivalência emocional (acusar um familiar implica rupturas, perdas e ficar só) e o confronto com o poder judicial. Este facto remete para outra questão que é a de saber: “e depois da apresentação da denúncia?” É o regresso ao domicílio e à coabitação com o potencial agressor ou a passagem temporária por uma “casa de abrigo”, por vezes pouco adaptada à população idosa, ou a entrada num lar de idosos.
- 57 O reconhecimento social do problema passa por uma profunda reflexão sobre as práticas profissionais e institucionais, bem como sob as estratégias de prevenção e intervenção a implementar. Os técnicos, alvo do estudo, são consensuais sobre a necessidade de implementar uma estratégia nacional de combate ao problema, não só através da criação de uma Comissão Nacional de Protecção dos Direitos das Pessoas Idosas, como de uma plataforma de apoio e acompanhamento aos técnicos e às instituições, passando por um trabalho multidisciplinar de parcerias entre os vários actores sociais.

## 4. Novo campo de intervenção: problemas, dilemas e contradições

- 58 A ausência de estudos epidemiológicos em Portugal que possam objectivamente responder à questão “*qual a dimensão do problema?*” torna a sua avaliação uma tarefa difícil porque é sempre um problema complexo de ser reconhecido, quer pela vítima, quer pelos próprios agressores. A crença “de que de um filho não se faz queixa” ou “é uma vergonha ir a tribunal denunciar um filho ou um cônjuge” está de tal forma enraizada que a vítima, ela própria, sente culpa pelo laço de parentesco, silenciando e isolando-se, perdendo-se na esfera familiar ou negando a própria vitimização (Gil, 2010).
- 59 Hörl (2007) alerta-nos para que na reconstrução da violência, como problema sociológico, exista, por um lado, um equilíbrio entre as definições utilizadas no campo científico e na *praxis* e, por outro lado, que reflectam a realidade social e os sentimentos das pessoas verdadeiramente envolvidas no problema. Para superar esta dualidade propõe diferentes estratégias metodológicas, que podem ir desde a análise de o problema incidir na relação de reciprocidade entre vítima e agressor (Hörl, 2007) ou a partir da análise de *focus group* abrangendo pessoas idosas (Áustria, Hörl, 2007; Corral, 2004; França, Thomas et al., 2005), ou profissionais (em Espanha, Bazo, 2001; na Suíça, Plamondon et al., 2003).
- 60 Nesta pesquisa partimos da perspectiva dos técnicos que, inseridos no campo profissional, constroem e legitimam uma realidade complexa e multidimensional. A metodologia utilizada permitiu evidenciar uma tendência para uma certa naturalização da violência como um problema social, e para o qual não existem *a priori* adequadas respostas de intervenção. A variação das fronteiras conceptuais do que significa um acto de violência e um cuidado considerado “deficiente”, “inadequado”, depende não só da posição social ocupada pelos actores como das percepções socialmente construídas sobre o problema.

Como se concluiu, as fronteiras do que significa um acto de violência podem variar de acordo com os interesses profissionais, legitimados pelo campo profissional.

- 61 A ausência de instrumentos de avaliação adequados e objectivos que contemplem a multidimensionalidade do fenómeno reflecte-se na dificuldade em avaliar a dimensão do problema, ou seja, identificar os casos de maus-tratos em ambiente familiar e/ou institucional.
- 62 Por fim, a título de conclusão, não deixamos de referir algumas das recomendações propostas pela União Europeia (CE, 2008) orientadas para (i) a produção de legislação punitiva dos agressores, como familiares ou profissionais; (ii) um maior controlo com fiscalização e supervisão por parte do Estado, à semelhança do que ocorre na infância, com a defesa dos direitos da criança; (iii) um maior investimento na formação dos cuidadores (informais e formais); (iv) políticas de família de apoio à dependência, e uma melhor qualificação (recompensas remuneratórias e formativas) para os cuidadores profissionais.
- 63 Consideramos que para promover a melhoria das condições em que decorre a protecção social das pessoas idosas em situação de dependência é necessário proceder a um conjunto de mudanças estruturais na área dos equipamentos que prestam cuidados, tendo em conta as necessidades das famílias e abrindo o debate para alterações na legislação do trabalho e da segurança social propiciadoras de maior e melhor colaboração entre prestadores públicos e cuidadores familiares.

**Quadro 1 Tipificação das situações de negligência e maus-tratos identificadas pelos participantes do grupo focal**

<p>Alimentação:</p> <p>Desnutrição, má nutrição, nutrição deficiente</p> <p>Usar a restrição de alimentos como forma de castigo</p>	<p><i>“Idosos doentes que chegam muitas vezes ao hospital em estado de total desidratação e desnutrição” (Q. 108)</i></p> <p><i>“Ausência de algumas refeições diárias, nutrição muito pobre ou ficam sem comer (até ao dia seguinte)” (Q. 75)</i></p> <p><i>“Castigos (p. ex., não comer) como retaliação se o idoso se «comporta mal»” (Q. 98)</i></p>
<p>Higiene pessoal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desprezo pelas necessidades básicas, tal como a higiene pessoal</li> <li>• Falta de mobilização/mudanças de posição das pessoas acamadas</li> <li>• Deixar a pessoa acamada só durante o dia</li> </ul>	<p><i>“Deixar as pessoas idosas acamadas sujas dias inteiros... inclusive ao fim-de-semana” (E. 102)</i></p> <p><i>“Acontece muitas vezes os idosos que usam fralda serem obrigados a reutilizá-la e permanecerem grandes períodos sem mudar (com marcas no corpo)” (Q. 99)</i></p>
<p>Vestir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brutalidade na forma de vestir, impondo mo- vimentos bruscos e falta de respeito pelo ritmo pessoal</li> <li>• Deixar a pessoa sem roupa parte do dia ou uso de roupa desadequada</li> </ul>	<p><i>“Vestir de modo brusco e sem respeito pela dignidade da pessoa” (Q. 102)</i></p> <p><i>“Deixar a pessoa em pijama todo o dia, deixando com roupa suja e urinada” (Q. 76)</i></p> <p><i>“Deixarem os idosos sem roupa parte do dia” (Q. 68)</i></p>

<p>Condições de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ignorar necessidades e desprezar sintomas ou sinais de doença; Não acompanhamento/vigilância da terapêutica</li> </ul>	<p>“O idoso é sedado para permanecer «calmo» durante o dia e para dormir toda a noite” (Q. 86)</p> <p>“Idosos com excesso de sedativos” (Q. 100)</p> <p>“Idosos sedados para não darem muito trabalho às filhas” (Q. 43)</p>
<p>Abandono e Isolamento</p>	<p>“Idosos com demência fechados em quartos e presos à cama...porque os familiares têm que ir trabalhar” (Q. 57)</p> <p>“Idosos a residir em anexos (sem claridade) sem condições de saneamento e com barreiras habitacionais” (Q. 102)</p> <p>“Idosos limitados a áreas da habitação e com um contacto social limitado” (Q. 66)</p> <p>“Pessoa em situação de dependência a viver num pombal” (Q. 23)</p>

**Quadro 2** Tipificação de outras formas de maus-tratos identificadas pelos participantes do grupo focal (físico, psicológico, sexual e financeiro)

<p>Maus-tratos físicos</p>	<p>“Idosos que após o fim-de-semana aparecem com diversos hematomas no corpo, mais usual na face. Suspeitamos que sejam empurrados pelas escadas...” (Q. 68)</p> <p>“Filhos que, enquanto principais cuidadores, exercem violência física (encontrões, apertões, empurrões)” (Q. 88)</p> <p>“Empurrão, pontapé, bofetada” (Q. 78)</p> <p>“Idosos com sinais de agressão como arranhões, pulsos negros ao serem apertados” (Q. 86)</p>
<p>Maus-tratos psicológicos</p>	<p>“Conhecimento de diversas famílias que infantilizam os seus idosos, gritam e desvalorizam as suas competências, reduzindo a sua auto-estima” (Q. 97).</p> <p>“Idosos que se queixam de serem maltratados verbalmente com gritos, berros, ameaças de serem institucionalizados em lares” (Q. 88)</p>
<p>Abuso sexual</p>	<p>“Abuso sexual pelos filhos a mãe acamada consequência de acidente de viação e posteriores AVC” (Q. 89)</p> <p>“Continuação da vida sexual sem o consentimento do idoso com demência, como um direito permanente do cônjuge” (Q. 102)</p>

Abuso financeiro	<p>“(...) expulsos da sua própria casa pelos filhos e que têm que alugar um quarto...” (Q. 92)</p> <p>“Usurpação da reforma assegurando em contrapartida os cuidados mínimos dos mais idosos. Isto é crónico” (Q. 95)</p> <p>“Filhos induzem a assinar procurações que permitem o levantamento de pensões e a venda de imóveis” (Q. 88)</p> <p>“... pretendem ficar com a residência dos pais, para proveito próprio, obrigando o idoso a ser institucionalizado” (Q. 85)</p> <p>“Institucionalização forçada, a privação da gestão doméstica própria e a perda do direito à autodeterminação” (Q. 98)</p>
------------------	--

## BIBLIOGRAFIA

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima ((2000-2009), “Pessoas idosas vítimas de crime e de violência”, Estatísticas APAV 2010, Lisboa: Unidade de Estatística. Disponível em: [http://www.apav.pt/portal/pdf/estatisticas\\_2010\\_pessoas\\_idosas\\_vitimas\\_crime\\_violencia.pdf](http://www.apav.pt/portal/pdf/estatisticas_2010_pessoas_idosas_vitimas_crime_violencia.pdf).

BAZO, M. T. (2001), “Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España”, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, n.º 36 (1), pp. 8-14.

BERGER, P. e T. Luckmann (1985), *A construção social da realidade*, Petrópolis, Vozes.

BOURDIEU, P. (1994), *Razões Práticas – sobre a teoria da acção*, Oeiras, Ed. Celta.

Código Penal, in [http://www.cidm.pt/www\\_vd/legis3.htm](http://www.cidm.pt/www_vd/legis3.htm) (12/07/09).

COHEN, M. (2008), “Research assessment of elder neglect and its risk factors in a hospital setting”, *Internal Medicine Journal*, n.º 38, pp. 704-707.

COMITÉ ECONÓMICO E SOCIAL EUROPEU (2008), “Maus-tratos a pessoas idosas”, (2008/C 44/24) *Jornal Oficial da União Europeia*, C 44/109 de 16 de Fevereiro de 2008.

COMMISSION EUROPÉENNE, DG Emploi, Affaires Sociales et Égalité des Chances, Document de réflexion (2008), “Que peut faire l'Union européenne pour protéger la dignité des personnes âgées et prévenir leur maltraitance?”. Disponível em [ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=3739&langId=fr](http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=3739&langId=fr).

CONFÉRENCE EUROPÉENNE, Bruxelles, 17 mars 2008 “Protection de la dignité des personnes âgées – Prévention de la maltraitance et de la négligence envers les personnes âgées”, in [http://ec.europa.eu/employment\\_social/spsi/elder\\_abuse\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/elder_abuse_fr.htm).

CONSELHO DE EUROPA (2002), *Recomendação 1582* (2002) I (I).

CORRAL et al. (2004), “Estudio cualitativo SEGG-IMSERSO: la perspectiva de los mayores españoles sobre el maltrato al anciano”, *Rev. Esp. de Geriatria y Gerontología*, n.º 39 (2), pp. 72-93.

DIRECÇÃO-GERAL DE ADMINISTRAÇÃO INTERNA (2008), *O registo da violência doméstica pelas forças de segurança - análise do período de 2000 a 2007*, Lisboa, Direcção de Serviços de Planeamento Estratégico in <http://www.dgai.mai.gov.pt>.

FERNANDES, A., J. Perelman e C. Mateus (2010), *Health and Health Care in Portugal. Does Gender Matter?*, Lisboa, Edição do Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge (INSA), Col. Estudos Científicos.

GARRE-OLMO, J., X. Planas-Pujol, S. López-Pousa, D. Juvinyà, A. Vilà, J. Vilalta-Franch (2009), "Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older", *Journal of the American Geriatrics*, n.º 57, pp. 815-822.

GIL, A. P. M. (2010), *Heróis do Quotidiano: Dinâmicas Familiares na Dependência*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

GLENDENNING, F. (1999), "Elder Abuse and Neglect in Residential Settings: the need for inclusiveness in elder abuse research", *Journal of Elder Abuse and Neglect*, vol. 10 (1/2), pp. 1-11.

HANTIKAINEN, V. e S. Käppeli (2000), "Using restraint with nursing home residents: a qualitative study of nursing staff perceptions and decision-making", *Journal of Advanced Nursing*, 32 (5), pp. 1196-1205.

HARBISON, J. (1999), "The changing career of «Elder abuse and neglect» as a social problem in Canada: Learning from feminist frameworks", in *Journal of Elder Abuse and Neglect*, vol. 11 (4), pp. 59-80.

HÖRL, J. (2007), "The social construction of violence in old age", *The Journal of Adult Protection*, volume 9, Issue 1, Pavilion Publishing, pp. 33-38.

HUGONOT, R. (1990), *Violences contre les vieux*, Toulouse, Erès.

INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO SOCIAL (2002), *Prevenção da violência institucional perante as pessoas idosas e pessoas em situação de dependência*, Lisboa, Instituto para o Desenvolvimento Social.

LACHS, M.; C. Williams, S. O'Brien, L. Hurst e R. Horwitz, (1997), "Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study", *Gerontologist*, vol. 37, n.º 4, pp. 469-474.

NAHMIASH, D. (1995), "Quelques réflexions sur les mauvais traitements et la négligence exercés à l'endroit des personnes âgées", *Service Social*, vol. 44, n.º 2, pp. 111-128.

O'KEEFE, M., S. Biggs, A. Hills, M. Doyle, C. McCreddie, S. Scholes, R. Constantine, A. Tinker, J. Manthorpe e B. Erens (2007), *UK study of abuse and neglect of older people - prevalence survey report*, National Centre for Social Research and King's College London (eds.), disponível em [www.natcen.ac.uk](http://www.natcen.ac.uk).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - Rede internacional para a prevenção do maltrato aos idosos (2002), "Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor", *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, n.º 37 (6), pp. 319-331.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2002), *Toronto Declaration on the global prevention of elderly abuse* (OMC2002), in [www.who.int/ageing/projects/elder\\_abuse](http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse).

PERELMAN, J., C. Mateus e A. A. Fernandes (2010), "Gender equity in treatment for cardiac heart disease in Portugal", *Social Science & Medicine*, Volume 70, Issue 12, pp. 1867-2098 (June).



PLAMONDON, L., S. Lauzon e H. Rapin (2003), *Abus et négligence chez les personnes âgées tel que perçu par les intervenants dans des services à domicile*, Université de Genève in [http://rhonealpes.sante.gouv.fr/social/cdmaltraitance/Chapitre\\_2/1/Rifvel\\_abus\\_a\\_domicile.pdf](http://rhonealpes.sante.gouv.fr/social/cdmaltraitance/Chapitre_2/1/Rifvel_abus_a_domicile.pdf).

THOMAS, H.; Scodellaro, C.; Dupré-Lévêque (2005), “Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants: une enquête qualitative”, *Études et Résultats*, n.º 370, pp. 1-11.

## ANEXOS

### Anexos

## NOTAS

2. Os maus-tratos são definidos como “um delito praticado por quem põe em risco a vida ou a saúde de uma pessoa que está sob a sua dependência ou guarda, privando-a de alimentos e cuidados indispensáveis, ou exercendo sobre ela qualquer forma de violência (física ou psicológica)”. Cf. Porto Editora, 2009, *Dicionário da Língua Portuguesa 2010*, Porto, Porto Editora, p. 1034.

O verbo maltratar (mal tratar) significa tratar mal, agredir, espancar, bater, danificar, estragar, insultar e vexar. Este surge em oposição ao verbo *tratar*, que implica cuidar de si próprio (alimentar-se, receber cuidados médicos), mas também a relacionar-se, estar em relação com. Enquanto o verbo tratar tem implícita uma dimensão relacional, maltratar pressupõe uma relação de poder desigual face ao outro (a vítima).

O abuso vem do latim *abŭsu* e significa “utilização demasiada de algo”, ou seja, mau uso, uso excessivo ou injusto, excesso de poder, ultraje ao pudor e insulto. O abuso pressupõe, por um lado, uma conotação de autoridade, de poder numa relação interpessoal, de confiança, de direito, e, por outro, uma conotação sexual, definida como o “conjunto de actos ou comportamentos que ameaçam sexualmente outra pessoa” (Cf. Porto Editora, 2009, *Dicionário da Língua Portuguesa 2010*, Porto, Porto Editora, p. 27).

A violência vem do latim *violentia*, que significa a “qualidade ou estado do que é violento, a força empregada contra o direito natural de outrem, ou seja, uma acção em que se faz uso da força bruta, com intensidade, veemência, tirania e coacção” (*Idem*, p. 1645).

3. É considerado autor de violência doméstica: “quem, de modo reiterado ou não, infligir maus-tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais: a) Ao cônjuge ou ex-cônjuge; b) A pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação; c) A progenitor de descendente comum em 1.º grau; ou d) A pessoa particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite” (artigo 152.º do Código Penal Português).

4. Referimo-nos às estatísticas produzidas pela Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), pela Direcção-Geral de Administração Interna (2008), e ainda pelas Estatísticas sobre idosos vítimas de crime/Inquéritos realizados pelas equipas NMUME (Núcleo Mulher e Menor, projecto da Guarda Nacional Republicana) (2007).

5. [www.tsf.pt/storage/ng1069784.pdf](http://www.tsf.pt/storage/ng1069784.pdf).

6. Considera-se que a vítima é ascendente – inclui situações em que a vítima é mãe/pai/avó(ô) / tio(a)/sogro(a)/tutor(a)/padrasto/madrasta do denunciado(a). Cf. Direcção-Geral de Administração Interna (2008), *O registo da violência doméstica pelas forças de segurança – análise do*

período de 2000 a 2007, Lisboa, Direcção de Serviços de Planeamento Estratégico, p. 14. in <http://www.dgai.mai.gov.pt>.

7. Direcção-Geral de Administração Interna (2009), *Violência doméstica 2007-2008*, Lisboa, DGAI, p. 40 in <http://www.dgai.mai.gov.pt>.

8. Cf. *Toronto Declaration on the global prevention of elderly abuse* (OMC2002)([HP://www.who.int/ageing/projects/elder\\_abuse/alc\\_toronto\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf)).

9. "A prevalência fornece uma indicação da amplitude do problema e não pode ser utilizada para prever o número de casos que surgirão no futuro. A incidência resulta da frequência de novos casos durante um dado período no seio de um grupo em risco onde os seus membros não foram vítimas de violência ou negligência", in Nahmias, (1995), "Quelques réflexions sur les mauvais traitements et la négligence exercés à l'endroit des personnes âgées", *Service Social*, vol. 44, n.º 2, p. 114.

10. A recolha de informação foi possível graças à colaboração da Câmara Municipal de Sintra (Divisão de Saúde e Acção Social), em especial à Dr.ª Isabel de Sousa, que tornou possível a organização de um *Workshop* – "Violência contra os idosos – problemas, dilemas e desafios". Também agradecemos a todos os alunos do I e II Mestrado em Saúde e Envelhecimento da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.

11. O questionário teve por base os tipos de maus-tratos (físicos, psicológicos, financeiros, sexuais) e negligência (higiene pessoal, alimentação, vestir, medicamentosa e de saúde, o isolamento e o abandono), assim como a frequência da ocorrência (ocasional, frequente, recorrente ou crónica), contemplados no documento do Instituto para o Desenvolvimento Social (2002), *Prevenção da violência institucional – perante as pessoas idosas e pessoas em situação de dependência*, Lisboa, Instituto para o Desenvolvimento Social, p. 46. A terminologia utilizada nesta publicação é a de violência.

12. A violência doméstica, em Portugal, é considerada um crime público, podendo ser denunciado por qualquer pessoa. Segundo o art.º 152.º do Código Penal, sobre os maus-tratos e infracção de regras de segurança, "quem, tendo ao seu cuidado, à sua guarda (...), sob pessoa menor ou particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença ou gravidez, e (a) lhe infligir maus-tratos físicos ou psíquicos ou a tratar cruelmente, é punido com pena de prisão." Cf. Código Penal, in [http://www.cidm.pt/www\\_vd/legis3.htm](http://www.cidm.pt/www_vd/legis3.htm) (12/07/09).

## RESUMOS

A violência contra as pessoas idosas está associada às condições de vulnerabilidade física e psicológica das pessoas que envelhecem tornando-as susceptíveis a situações de dependência extrema face a família e outros. A violência na esfera familiar e institucional tem vindo a apresentar contornos preocupantes na sociedade portuguesa. Esta perspectiva foi assumida pelos participantes de um grupo focal no âmbito de um estudo empírico que envolveu profissionais de saúde, acção social e representantes policiais, que a partir das suas práticas profissionais admitiram a existência de situações de violência contra os mais velhos. Os resultados deste estudo dão relevância a dois tipos de problemas: a negligência associada aos cuidados na dependência e o abuso financeiro. Este estudo permitiu também evidenciar alguns dilemas e contradições com que os profissionais se confrontam no quotidiano num campo de intervenção onde existem divergências claras de interpretação que podem influenciar o conhecimento sobre o mesmo.

Violence against the elderly is related to the conditions of physical and psychological vulnerability of older people becoming susceptible to situations of dependency and disability in the family and others. Violence in the family sphere and institutional boundaries has been showing concern in Portuguese society. This view was taken by participants in a focus group as part of an empirical study involving health professionals, social work and police representatives, who, from their professional practice, admitted the existence of situations of violence against the elderly. The results of this study provide two important kinds of problems associated with neglect in the care dependency and financial abuse. This study indicated some contradictions and dilemmas that professionals face in their daily lives in a field of intervention where there are clear differences in understanding that may influence knowledge about it.

## ÍNDICE

**Keywords:** elderly, violence, abuse, family, institutions

**Palavras-chave:** pessoas idosas, violência, maus-tratos, família, instituições

## AUTORES

### ANA PAULA GIL

DEP – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge<sup>1</sup> Esta pesquisa foi iniciada no âmbito do POS-DOC (SFRH/BPD/46014/2008), projecto de pós-doutoramento financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia no CesNova – Faculdade Ciências Sociais e Humanas da UNL. E no Instituto de Sociologia da Faculdade de Letras do Porto.

paugil2@gmail.com

### ANA ALEXANDRE FERNANDES

ISCPS/UTL/CESNOVA

ana.alexandre@iscsp.utl.pt